

Amministrazione destinataria

Regione Abruzzo

Ufficio destinatario

Ufficio Protocollo

## Domanda di attivazione del servizio di spesa a domicilio

### Il sottoscritto

|                      |                          |                               |
|----------------------|--------------------------|-------------------------------|
| Cognome              | Nome                     | Codice Fiscale                |
| <input type="text"/> | <input type="text"/>     | <input type="text"/>          |
| Data di nascita      | Sesso                    | Luogo di nascita              |
| <input type="text"/> | <input type="text"/>     | <input type="text"/>          |
| Cittadinanza         |                          |                               |
| <input type="text"/> |                          |                               |
| Residenza            |                          |                               |
| Provincia            | Comune                   | Indirizzo                     |
| <input type="text"/> | <input type="text"/>     | <input type="text"/>          |
| Civico               | Barrato                  | Scala                         |
| <input type="text"/> | <input type="text"/>     | <input type="text"/>          |
| Piano                | SNC                      | CAP                           |
| <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/>          |
| Telefono cellulare   | Telefono fisso           | Posta elettronica ordinaria   |
| <input type="text"/> | <input type="text"/>     | <input type="text"/>          |
|                      |                          | Posta elettronica certificata |
|                      |                          | <input type="text"/>          |

### domiciliazione delle comunicazioni relative al procedimento

*(articolo 3-bis, comma 4-quinquies del Decreto Legislativo 07/03/2005, n. 82)*

Le comunicazioni relative al procedimento dovranno essere inviate al seguente indirizzo di posta elettronica

### CHIEDE

l'erogazione del servizio di spesa a domicilio

- ☐ per sè stesso
- ☐ per il seguente familiare o tutelato

|                      |                          |                      |
|----------------------|--------------------------|----------------------|
| Cognome              | Nome                     | Codice Fiscale       |
| <input type="text"/> | <input type="text"/>     | <input type="text"/> |
| Data di nascita      | Sesso                    | Luogo di nascita     |
| <input type="text"/> | <input type="text"/>     | <input type="text"/> |
| Cittadinanza         |                          |                      |
| <input type="text"/> |                          |                      |
| Residenza            |                          |                      |
| Provincia            | Comune                   | Indirizzo            |
| <input type="text"/> | <input type="text"/>     | <input type="text"/> |
| Civico               | Barrato                  | Scala                |
| <input type="text"/> | <input type="text"/>     | <input type="text"/> |
| Piano                | SNC                      | CAP                  |
| <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| in qualità di (*)    |                          |                      |
| Ruolo                |                          |                      |
| <input type="text"/> |                          |                      |

*In qualità di (\*):**amministratore di sostegno, curatore, esercente responsabilità genitoriale, familiare, tutore legale*

**per il seguente motivo**

Motivazione

Valendosi della facoltà prevista dall'articolo 46 e dall'articolo 47 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445 e dall'articolo 483 del Codice Penale nel caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità in atti,

**DICHIARA**

che il nucleo familiare del beneficiario è composto da

| Cognome | Nome | Data di nascita | Grado di parentela (*) | Professione (**) | % Disabilità (***) |
|---------|------|-----------------|------------------------|------------------|--------------------|
|         |      |                 |                        |                  |                    |
|         |      |                 |                        |                  |                    |
|         |      |                 |                        |                  |                    |
|         |      |                 |                        |                  |                    |
|         |      |                 |                        |                  |                    |
|         |      |                 |                        |                  |                    |
|         |      |                 |                        |                  |                    |
|         |      |                 |                        |                  |                    |
|         |      |                 |                        |                  |                    |

*Grado di parentela (\*)*

*coniuge, convivente, dichiarante, figlio/figlia, fratello/sorella, genitore, suocero/suocera, genero/nuora, altro parente o affine*

*Professione (\*\*)*

*studente, dirigente, quadro, impiegato, operaio, imprenditore, libero professionista, lavoratore in proprio, socio di cooperativa, coadiuvante, casalinga, pensionato, disoccupato, infante, altro*

*Disabilità (\*\*\*)*

*nessuna, 1%-33%, 34%-45%, 46%-50%, 51%-66%, 67%-74%, 75%-99%, 100%*

Eventuali annotazioni

### Elenco degli allegati

*(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)*

- ☐ copia della documentazione medica ed eventuale verbale di invalidità civile
- ☐ copia del documento di identità  
*(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)*
- ☐ altri allegati

### Informativa sul trattamento dei dati personali

*(ai sensi del Regolamento Comunitario 27/04/2016, n. 2016/679 e del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196)*

- ☐ dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet istituzionale dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica.

|                      |                      |                      |
|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Luogo                | Data                 | Il dichiarante       |